VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 54)
z dnia 7 lutego 2018 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 54)

7 lutego 2018 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem posłów **Krystyny Wróblewskiej (PiS)** i **Michała Szczerby (PO),** zastępców przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat Narodowego Planu Alzheimerowskiego;

– informację Ministra Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta na temat ochrony praw starszych pacjentów.

W posiedzeniu wzięli udział: **Marek Tombarkiewicz** podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Błażewicz** zastępca Rzecznika Praw Pacjenta wraz ze współpracownikami, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Anna Jakrzewska-Sawińska** wiceprezes Hospicjum Domowego wraz ze współpracownikiem, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych wraz ze współpracownikami, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Zofia Prasał** opiekunka rodzinna osób z chorobą Alzheimera, **Kordian Kulaszewicz** prezes Fundacji Adaptacja, **Renata Ekielska-Rudeńska** przedstawicielka Wawerskiej Rady Seniorów, **Lech Miodek** przedstawiciel RS Dzielnicy Wilanów, **prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis** i **dr n. med. Rafał Sapuła** – stali doradcy Komisji oraz **Andżelika Wereda** – asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięły pracownice Kancelarii Sejmu **Elżbieta Przybylska i Ewa Soroka** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie witam państwa na 54. posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Bardzo serdecznie witam państwa parlamentarzystów, ministra zdrowia pana Marka Tombarkiewicza, bardzo serdecznie witam rzecznika praw pacjenta pana Grzegorza Błażewicza i bardzo serdecznie witam wszystkich zaproszonych gości. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam wszystkich państwa jeszcze raz i chcę króciutko przedstawić porządek dzisiejszego posiedzenia. Tu nadmienię, że przewodniczący pan poseł Szczerba przygotował dezyderat Komisji Polityki Senioralnej do Ministra Zdrowia w sprawie Narodowego Planu Alzheimerowskiego. My jako prezydium jeszcze się nie zapoznaliśmy z tym dokumentem, na razie więc tylko informuję państwa, że jest przygotowany taki dezyderat; my się z nim zapoznamy, jeszcze przyglądną się mu eksperci i postaramy się na następnym posiedzeniu Komisji przyjąć ten dokument. Szanowni państwo, nasze posiedzenie rozpoczniemy od informacji Ministra Zdrowia na temat Narodowego Planu Alzheimerowskiego. Bardzo proszę pana ministra o przedstawienie informacji.

Podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia Marek Tombarkiewicz:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo. Chciałem przedstawić informację Ministra Zdrowia na temat Narodowego Planu Alzheimerowskiego. Ma on uwzględnić poprawę w zakresie dostosowania systemu opieki zdrowotnej do potrzeb opieki pacjentów chorych na choroby otępienne, w tym na chorobę Alzheimera. Ministerstwo podjęło współpracę ze specjalistami z zakresu neurologii, panią profesor Barcikowską i panem profesorem Reglewiczem – konsultantem krajowym w dziedzinie neurologii oraz specjalistami z zakresu geriatrii – konsultantem krajowym panem profesorem Tomaszem Kostką,

a także z panią profesor Barbarą Geist, z dyrektorem Jarosławem Derejczykiem, z panią profesor Katarzyną Wieczorowską-Tobis, z panią profesor Ewą Marcinkowską-Suchowierską oraz z panem profesorem Tomaszem Grodzickim. Te grupy ekspertów przedstawią propozycje nowych świadczeń dla pacjentów z chorobami otępiennymi, w tym właśnie z chorobą Alzheimera. Trzeba zaznaczyć, że będą to propozycje wstępne, ostateczny kształt świadczeń dla tej grupy chorych będzie zależeć od wyników prowadzonych aktualnie prac.

Pierwsze świadczenie dotyczy rozwiązania systemowego, opartego na współdziałaniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W propozycji wskazuje się, że głównym ogniwem ma być poradnia leczenia zaburzeń poznawczych u pacjentów. Drugim świadczeniem byłaby diagnostyka otępienia z całościową oceną geriatryczną w ramach procedury leczenia jednego dnia.

W zaproponowanych rodzajach świadczeń wspólnym elementem jest szczegółowa diagnostyka przeprowadzana w wymienionych poradniach, docelowo stanowiących część systemu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub w ramach systemu szpitalnego specjalizacji jednodniowych. Ważny jest też okres przeprowadzania diagnostyki. Komplet badań, w tym badanie MMSE, w ramach pogłębionej diagnostyki byłby wykonywany docelowo w trakcie hospitalizacji jednodniowej. Mając na uwadze specyfikę pacjentów objętych tymi świadczeniami, jest to korzystne rozwiązanie, gdyż w sytuacji dłuższej hospitalizacji lub innego rodzaju wielodniowego świadczenia stacjonarnego chory jest narażony na ryzyko innych zaburzeń związanych z hospitalizacją, co wśród tych pacjentów może stanowić traumę.

Obecnie jest procedowana koncepcja połączenia tych dwóch projektów świadczeń; rozważana jest też koncepcja przeprowadzenia pilotażu opracowanego świadczenia. Należy wskazać, że model kompleksowego świadczenia powinien opierać się na współpracy lekarzy POZ z podmiotami specjalistycznymi. Do POZ należałoby wczesne wykrywanie pacjentów z objawami chorób otępiennych, w tym z objawami choroby Alzheimera, w celu kierowania ich do dalszej, pogłębionej diagnostyki. Proponowane badania objawów otępienia to test zegara lub alternatywne zastosowanie pewnych form powszechnie stosowanych testów pamięciowych, np. test zapamiętywania słów. Jednocześnie w ramach POZ wykonywane byłyby inne badania, w tym badania diagnostyki laboratoryjnej, czyli np. morfologia, badanie ogólne moczu, oznaczenie poziomu glukozy, kreatyniny i poziomu elektrolitów, które są w zakresie świadczenia POZ, i te badania miałyby na celu wstępną próbę określenia i wyeliminowania występowania objawów otępiennych, ale niezwiązanych z samą chorobą otępienną.

Należy podkreślić, że inne jednostki nozologiczne też mogą powodować zaburzenia myślenia, problemy z koncentracją, z pamięcią, są to np. anemia, depresja, infekcje, cukrzyca, choroby nerek, choroby wątroby, niektóre niedobory witaminowe, zaburzenia chorób tarczycy, problemy układu sercowo-naczyniowego. W przypadku zakwalifikowania pacjenta do pogłębionej diagnostyki w zależności od postawionej diagnozy dalsze postępowanie, w tym częstotliwość kontroli, byłoby ustalane przez podmiot bądź grupy ekspertów odpowiedzialnych za pogłębioną diagnostykę wraz z wykorzystaniem dostępnych jednostek systemu ochrony zdrowia.

Niezależnie od miejsca przeprowadzania pogłębionej diagnostyki konieczne jest dostosowanie rozwiązań do zmian wprowadzonych ustawą z 23 marca ub.r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, na których podstawie została stworzona tzw. sieć szpitali. Pamiętając, że pacjenci z chorobą otępienną, w tym z chorobą Alzheimera, wymagają stacjonarnych świadczeń długoterminowych, MZ podjęło współpracę z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej m.in. w ramach prac nad dokumentem „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo, uczestnictwo, solidarność”. Jednym z celów jest przykładowe opracowanie standardu opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Serdecznie dziękuję panu ministrowi za informację. Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Może w pierwszej kolejności poproszę parlamentarzystów o zabranie głosu, a jeżeli

nie będzie chętnych, to proszę o zadawanie pytań panu ministrowi zaproszonych gości. Pan poseł Michał Szczerba. Bardzo proszę.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo, pani przewodnicząca, panie ministrze. Rzeczywiście przygotowałem projekt dezyderatu naszej Komisji w sprawie Narodowego Planu Alzheimerowskiego, nad którym będzie dalej pracować prezydium Komisji i nasi stali doradcy.

Chciałbym trochę docenić zmianę podejścia MZ do chorych na alzheimera i inne choroby otępienne, bo już w pierwszych słowach informacji, którą pan minister przedstawił, jest mowa o tym, że rozważa się wprowadzenie zmian w zakresie profilaktyki oraz obowiązującego modelu diagnozowania, leczenia i opieki nad tymi chorymi. To jest oczywiście bardzo optymistyczne, jak również, panie ministrze, całkowicie zgodne z postulatami, które wynikają z raportu Najwyższej Izby Kontroli; został on opublikowany w maju minionego roku, dotyczył opieki nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich rodzin. Jest to także zgodne z wynikami prac ekspertów rzecznika praw obywatelskich.

Jednak te wszystkie działania, które państwo opisali i przedstawił również pan minister (z czego bardzo interesujący wydaje się pomysł jednodniowej hospitalizacji w celu może niepełnej, ale możliwej diagnostyki) oraz wymienieni przez pana ministra eksperci, pani prof. Barcikowska-Kotowicz i pan prof. Grzegorz Opala, wcześniej pan prof. Tadeusz Parnowski, pan prof. Andrzej Szczudlik, czy tu obecna pani prof. Wieczorowska-Tobis, powinny służyć idei, jaką jest zintegrowanie tych wszystkich działań w formule jednego Planu Alzheimerowskiego. Mam nadzieję, że wspólnie jako Komisja będziemy chcieli tym naszym dezyderatem bardziej zachęcić państwa do jeszcze aktywniejszych działań.

Jest to problem, jak wszyscy wiemy, na tę chorobę może chorować 470 tysięcy Polaków, w dodatku dotyka ona nie tylko pacjenta, ale również jego najbliższe środowisko, rodzinę i opiekunów. W związku z tym, wspierając działania, które podejmuje ogólnopolskie porozumienie, chcielibyśmy zaapelować, również z racji tego, że jest nowe kierownictwo MZ, o nowe i bardziej aktywne podejście do tej problematyki, licząc, że te postulaty spotkają się ze zrozumieniem ministerstwa. Dysponujemy prognozą, która pokazuje, że w 2040 r. w Polsce będzie nawet do półtora miliona osób z chorobą Alzheimera. Taką prognozę przedstawiła nam NIK. Bardzo dziękuję i czekamy na więcej.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo proszę. Proszę się przedstawiać.

Przedstawiciel Rady Seniorów Dzielnicy Wilanów Lech Miodek:

Lech Miodek z Wilanowa.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Miło mi.

Przedstawiciel Rady Seniorów Dzielnicy Wilanów Lech Miodek:

Panie ministrze, dziękuję za informację, rzeczywiście jest bardzo dobrze opracowana w sferze teoretycznej, ale tym, czego mi brakuje, jest praktyka. Mówimy o Narodowym Planie Alzheimerowskim, a każdy plan zakłada pewne terminy realizacji jego poszczególnych elementów. Z wywodu pana ministra nie dowiedziałem się o żadnym terminie. Można oczywiście deklaratywnie mówić, ja zrobię to, a ja to, a ja zrobię coś innego. Problem jest naprawdę tym bardziej palący, że wiąże się ze starzeniem społeczeństwa jako takiego, czyli mamy tu jeszcze drugi element w postaci geriatrii, o którym musimy również absolutnie mówić.

Następny element, na który chciałbym wskazać – czy ten plan alzheimerowski ma dotyczyć wyłącznie osób chorych? Czy czasem nie powinien on również objąć w jakimś stopniu opiekunów osób chorych? Bardzo często tak się zdarza, że opiekunowie pozostają samotni, samotni na polu walki z alzheimerem. Ze strony państwa, ze strony instytucji, mówię to również na podstawie własnego doświadczenia, nie ma żadnej pomocy. Ten opiekun nie może skorzystać z żadnego przywileju, chociażby z wcześniejszego dostania

się do lekarza, bo on też może być chory. On pozostaje sam. Przepraszam, może dosyć ostro mówiłem, ale inaczej być po prostu nie mogło. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie panu dziękuję. Może pana ministra poproszę o odpowiedzi.

Podsekretarz stanu MZ Marek Tombarkiewicz:

Dziękuję za te uwagi. Nie były one takie ostre, jak widać, nigdy nie był pan na posiedzeniu Komisji Zdrowia, bo tam padają ostrzejsze uwagi, to tak na marginesie. Jeżeli chodzi o terminy. Tak jak mówiłem, informacja dotyczy zamierzeń, które chcemy wprowadzić w życie. Jeśliby powstały jakieś analizy po rozmowach z ekspertami z dziedziny neurologii i geriatrii, wtedy moglibyśmy mówić o konkretnym dokumencie. Na razie rozważamy, co można zrobić dla tej grupy chorych, wymieniłem dwa rodzaje świadczeń ambulatoryjnych w podstawowej opiece zdrowotnej plus ewentualnie opieka specjalistyczna i świadczenie jednodniowe, jako bardziej wskazane dla osób, dla których pobyt w szpitalu jest niekorzystny i może stanowić traumę. O terminach na razie za wcześnie mówić.

Jeśli chodzi o problem geriatrii. Zwrócę uwagę, że w ubiegłym roku rozporządzeniem Ministra Zdrowia z października geriatria została wpisana do grupy specjalizacji deficytowych i lekarze, którzy będą rozpoczynać tę specjalizację, mogą otrzymywać o 1200 zł więcej niż lekarze innych specjalności. To jest duża zachęta. Mogę państwu zagwarantować, że przyznamy każdą liczbę rezydentur dla lekarzy, którzy będą chcieli rozpoczynać tę specjalizację. Z naszej strony jest pełna otwartość. Zresztą dzisiaj jest podpisywany wykaz rezydentur wyznaczonych do postępowania wiosennego; geriatria zajęła ponad 60% liczby miejsc, o którą wnioskowali wojewodowie. Oczywiście jeżeli będzie więcej chętnych niż zgłoszonych miejsc, to gwarantuję państwu, że będą przesunięcia, tak żeby każdy lekarz, który chciałby otworzyć tę specjalizację, miał taką możliwość.

Co do świadczeń dla opiekunów. W informacji, którą państwo otrzymali, jest napisane, że właśnie po to podejmujemy współpracę z ministerstwem rodziny, żeby w jakiś sposób ulżyć w tej bardzo ciężkiej pracy opiekunów i opiece nad osobami z chorobami otępiennymi. Współpraca z ministerstwem daje możliwość wypracowania dodatkowych świadczeń, czy ułatwień w sferze socjalnej i o tym jest mowa w naszej informacji. Podtrzymuję jak najbardziej, że w toku dalszych prac będziemy współpracować z ministerstwem rodziny.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję. Pani poseł Alicja Kaczorowska prosi o głos.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni państwo. Mam pytanie do pana ministra, dotyczące właśnie geriatrii. Powiedział pan minister, że każdemu kto będzie chciał robić tę specjalizację, umożliwicie to. Czy liczba rezydentur będzie dostateczna i dopasowana do liczby chętnych? Czy osoby, które już mają specjalizację i miały epizod czy etiudę rezydencką w swoim życiu, też będą mogły robić tę specjalizację i na jakich zasadach? Dziękuję bardzo

Podsekretarz stanu MZ Marek Tombarkiewicz:

Chcę przypomnieć też wystąpienie pana ministra Szumowskiego na posiedzeniu Komisji Zdrowia, gdzie przedstawiał swój plan działań. Jasno powiedział, że geriatria na pewno będzie dziedziną, na którą aktualnie pan minister stawia, widząc niezwykłą wagę problemu starzejącego się społeczeństwa, tym bardziej że reforma opieki zdrowotnej, która się dokonuje, przekłada się na wydłużenie życia i wymusza odpowiednie działania. Na wiosenne postępowanie wojewodowie zgłosili zapotrzebowanie na 37 miejsc rezydenckich, przyznano 22, ale obiecuję państwu, że jeśli nawet będzie 50 chętnych lekarzy, to każdy dostanie tę rezydenturę. Przypominam, że to jest rezydentura o specjalności deficytowej, czyli z dopłatą 1200 zł miesięcznie, czego nie ma w innych specjalnościach.

Większość lekarzy geriatrów ma za sobą jakąś specjalizację. W przyznawaniu miejsc prezydenckich oczywiście obowiązują zasady opisane w ustawie o zawodzie lekarza, jeśli ktoś nigdy nie korzystał z rezydentury, będzie mógł ją dostać, a jeśli korzystał, to na zasadzie miejsc pozarezydenckich. Ale oczywiście możliwość otwierania specjaliza-

cji jest jak najbardziej dostępna dla wszystkich. Głównie zgłaszają się lekarze interniści lub neurolodzy, którzy jako drugą specjalizację wybierają geriatrię.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję panu ministrowi. Czy ktoś z parlamentarzystów zechciałby jeszcze zabrać głos? W takim razie oddaję głos naszym gościom. Proszę.

Przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów Elżbieta Ostrowska:

Elżbieta Ostrowska, Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Panie ministrze, mówił pan, że nie było tak ostro. Przepraszam, ale może ja spróbuję trochę ostrzej, bo sprawy są szalenie ważne dla społeczności osób starszych. Sytuacja demograficzna Polski, a także prognozy demograficzne na najbliższe lata są znane już od jakiegoś czasu i nie pozostawiają wątpliwości, że osób starszych, już w tej chwili stanowiących prawie jedną czwartą społeczeństwa, będzie przybywało. Co więcej, wśród tych osób starszych będzie dynamicznie rosła grupa osób najstarszych, a więc z natury rzeczy bardziej narażonych na wszelkie choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera. Są to fakty znane, nie pojawiły się w tej chwili.

Kiedy czytałam informację przedstawioną nam przez MZ, odniosłam wrażenie, że jest to materiał absolutnie postulatywny. Proszę posłuchać: „Należałoby w pierwszej kolejności określić standardy dotyczące diagnostyki; należy przyjrzeć się funkcjonującemu modelowi leczenia choroby Alzheimera; należałoby przeanalizować stan zasobów kadrowych, finansowych i rzeczowych podmiotów wykonujących diagnostykę pacjentów z otępieniem”. Moje pytanie – czy do tej pory nic nie zrobiono – bo odnosi się takie wrażenie, że startujemy zupełnie z punktu zerowego – czy przewidują państwo tak głęboką reorganizację systemu opieki nad osobami z otępieniem, że należy wykonać te wszystkie wymienione postulaty, aby realizować swoje plany?

Nawiązując do wypowiedzi jednego z przedmówców, powiedziałabym – oczekujemy jednak bardziej konkretnych informacji, a przede wszystkim działań, które byłyby odpowiedzią na to bardzo poważne wyzwanie, nie wiem, czy nie najpoważniejsze, jakie stoi przed polską medycyną, to znaczy, zapewnienie opieki, wsparcie rosnącej liczby osób starych, cierpiących na choroby otępienne, które nie poradzą sobie bez bardzo wyraźnej pomocy. Oczywiście kwestia wsparcia osób, które się zajmują swoimi bliskimi niepełnosprawnymi, jest szalenie istotna, ale to jest osobna sprawa.

Pytanie – co konkretnie resort zrobił do tej pory, co zrobi w najbliższym czasie, aby temu wyzwaniu sprostać, aby osoby starsze miały poczucie, że będą miały zapewnioną odpowiednią opiekę i pomoc medyczną w tym najbardziej dramatycznym okresie swojego życia? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie pani dziękuję. Może pan minister odpowie, a za chwilę pan… Proszę pana.

Przedstawiciel RS Dzielnicy Wilanów Lech Miodek:

Chcę powiedzieć, że mnie jako obywatelowi po prostu jest przykro, że w tych informacjach nie napisano nic o darach przekazanych przez Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy. A jeśli chodzi o ten aspekt, aspekt geriatryczny, to przecież WOŚP przekazał 21 milionów złotych na zakup sprzętu dla oddziałów szpitalnych. Chciałbym się dowiedzieć, jaka była pomoc w tym samym czasie ze strony władz publicznych, czyli inaczej mówiąc, ze strony ministerstwa, oczywiście w połączeniu z Ministerstwem Finansów? Przecież nie może być tak, że densytometr jest fundowany ze spadku pani Niny Andrycz dla szpitala im. Orłowskiego, że my w ten sposób jako społeczeństwo bronimy się w pewnym sensie przed znieczulicą, którą widzimy ze strony władz. Przepraszam bardzo, znów podniosłem na wyższy szczebel tę moją agresję, ale jest to coś, co na pewno nam przeszkadza.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo dziękuję. Jeszcze panie chcą zabrać głos na ten temat. Poproszę, pani Lidia Burzyńska.

Poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo. Jedna tylko uwaga. Jesteśmy na posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej i pan minister przedstawia informację dotyczącą planów geriatrii, czyli planu alzheimerowskiego, a nie organizacji pozarządowych. Przecież nie tylko wymieniona przez pana fundacja wspiera działania służby zdrowia.

Panie ministrze, seniorzy – i to przede wszystkim wybrzmiewa w informacji rzecznika praw pacjenta – bardzo pozytywnie oceniają program 75+, czyli darmowych leków dla osób starszych. Na podstawie uwag, które wpływają do mojego biura, jak również własnych doświadczeń mam jedną uwagę. Doskonale pan minister wie, że nie wszystkie leki są refundowane i ta ustawa to zakładała. Ale w niektórych przypadkach nawet wiek 75+ nie obliguje do otrzymania darmowych leków. W niektórych przypadkach problem jest po stronie lekarzy. Wyjaśniam, dlaczego. Senior, który idzie sam do lekarza, czy z opiekunem i jest w miarę światły (bo tutaj m.in. czytamy, że na UTW są podawane informacje, ale nie wszyscy seniorzy są skupieni wokół UTW, więc oni niekoniecznie muszą wiedzieć, które leki są na tzw. eskę, czyli na seniora, a które nie), i dopomina się o darmowy lek, to nie ma problemu. Ale jest jeszcze jeden kłopot.

Doskonale wiedzą państwo, że zakłady farmaceutyczne produkują leki w różnych opakowaniach. W wykazach np. lek Xarelto, pakowany po 14 tabletek, jest darmowy, ale jak recepta jest wypisana na lek w opakowaniu 28 tabletek, to już nie podlega refundacji. Czy to senior ma o tym wiedzieć? Nie seniora przecież kształcimy w kierunku medycznym. To lekarz powinien, poza wiedzą, mieć świadomość, że służy seniorowi, bo nieuchronnie każdy, lekarz również, będzie zdążał do tej grupy.

Bardzo proszę, panie ministrze, aby również mieć tę wiedzę taką oddolną, praktyczną, bo same przepisy, same dobre ustawy czy dobre działania dla seniorów mogą niekoniecznie mieć pozytywny wydźwięk, do tego musi być bardzo duża świadomość seniora. Ale jednocześnie tę świadomość, chęć niesienia pomocy, respektowania prawa, obowiązujących przepisów powinien mieć również lekarz. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Pani poseł, proszę bardzo.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo. W odpowiedzi panu, który wcześniej zabierał głos, chcę powiedzieć, że oczywiście oprzyrządowanie i sprzęt są bardzo ważne, ale to co jest najważniejsze w opiece nad osobami starszymi, w ogóle w opiece, to nie są budynki, urządzenia, aparaty, tylko dobry program. Oczywiście te urządzenia są bardzo potrzebne, ale najpierw musi być kontakt z opiekunem, kontakt z lekarzem, a te aparaty w dalszej kolejności. Program, który stworzył rząd dobrej zmiany, wychodzi naprzeciw oczekiwaniom i potrzebom osób starszych. Mianowicie, jest Program ASOS, Program Senior+, Program Wigor, są kluby seniora, są domy dziennego pobytu z punktami, gdzie można otrzymać opiekę dla chorych na alzheimera, wreszcie są leki 75+.

W ubiegłym roku wydano 50 milionów opakowań leków dla osób starszych. 50 milionów. Wydaje mi się, że osób, które wymagają opieki, jest może pięć milionów, czyli każdy potrzebujący otrzymał średnio 10 opakowań leków.

Leki, które są w aptece, nie leczą, bo nawet jak chory pójdzie z receptą do apteki, to wychodzi bez leku, bo ten jest za drogi. Wraca do lekarza, ale ten nawet nie wie, czy dlatego ten chory nie czuje się lepiej, że lek był niedobry, czy dlatego, że go nie otrzymał. Fakt, że 10 opakowań otrzymał każdy potrzebujący, pozwala przypuszczać, że te najważniejsze leki trafiły do chorych. Naturalnie, na lekarzu spoczywa odpowiedzialność za to, żeby lek był bezpłatny i nie sądzę, żeby lekarze wypisywali 28 tabletek świadomie… Może to się czasami zdarzyć, ale jako lekarka wiem z własnego doświadczenia, że jak wypisuję receptę, to pytam, czy wypisać jedno opakowanie, czy dwa opakowania? Czy będzie pana stać, żeby dzisiaj wykupić dwa opakowania, czy woli pan dwie recepty na mniejsze opakowania? Wydaje mi się, że wie o tym większość lekarzy i o tym pamięta. Jeżeli są jakieś inne sytuacje, to chyba jednostkowe.

Chcę jeszcze raz podkreślić, że budynki są bardzo ważne, sprzęt jest bardzo ważny, ale w tej grupie wiekowej chodzi głównie o poprawę jakości życia pacjenta, więc technicyzacja służby zdrowia powinna ustąpić miejsca bezpośredniemu kontaktowi, empatii i dobrej relacją bezpośredniej lekarz – pacjent, a urządzenie nie będzie stało między lekarzem i osobą chorą, tylko im będzie do siebie bardzo blisko, bo tutaj chodzi głównie o jakość życia. Oczywiście, że badanie gęstości kości jest bardzo ważne, ale nie w wieku 90 czy 80 lat. To się zaczyna wcześniej, a mówimy teraz o opiece nad starszymi pacjentami.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Szanowni państwo, bardzo proszę, mówimy pojedynczo, bardzo proszę.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Z całą mocą chcę powiedzieć, że urządzenia są bardzo ważne, ale w pewnej grupie wiekowej technicyzacja w służbie zdrowia już się po prostu raczej nie sprawdza. Liczy się to, żeby chory miał kontakt z taką osobą, która mu wiele rzeczy załatwi, która spowoduje, że on dostanie to opakowanie leku za darmo i że będzie miał dokąd pójść i że spotka się z drugim człowiekiem. Tutaj są najważniejsze takie relacje: lekarz- człowiek- człowiek. Ale nie mówię, że ten sprzęt nie jest potrzebny. Ja tego nie mówię. Tylko chodzi o to, żeby sprzęt nie stał przed lekarzem i przed opiekunem. I żeby każda osoba, która potrzebuje opieki, miała przede wszystkim dostęp do tej osoby, która jej udzieli. A sprzęt jest oczywiście potrzebny.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję pani poseł. Jeszcze pani poseł chciała zabrać głos. Bardzo proszę, pani Augustynowska.

Poseł Joanna Augustynowska (PO):

Cieszę się, że padło wiele wypowiedzi, szczególnie pań posłanek na temat, jak widzą opiekę i pomoc państwa wobec seniorów; to bardzo cenne uwagi. Mam konkretne pytania do pana ministra, bo przyznam szczerze, że jak przejrzałam materiały na to posiedzenie, byłam mocno zbulwersowana i zdenerwowana. O tym, że mamy problem, że program alzheimerowski trzeba wprowadzić w Polsce, wiemy i rozmawiamy już przynajmniej od dwóch lat, odkąd uczestniczę w spotkaniach tej Komisji. W związku z tym, jak czytam w informacji, że trzeba powołać zespół do przygotowania wytycznych do wytycznych, to jestem trochę przerażona.

Pytania mam następujące – jakie działania, jakie projekty ustaw ten rząd i to ministerstwo przygotowało dla seniorów? Problemów jest mnóstwo, nie tylko w zakresie opieki zdrowotnej, ale dzisiaj skupiamy się tylko na tym zagadnieniu. Druga sprawa – przypomnę, że szpitale geriatryczne nie znalazły się w sieci szpitali, więc stosując kreatywną księgowość, przedłużono konkursy i na razie te placówki funkcjonują, zobaczymy jak długo. Trzecie zagadnienie – oddziały rehabilitacyjne poza siecią szpitali. Czwarta sprawa. Nie wiem, o jakich lekarstwach pani poseł mówiła, że garściami są rozdawane seniorom, ale myślę, że każdy senior ma inną diagnozę, na co innego choruje i to nie tak powinno funkcjonować. Konkretne pytanie – co zrobicie w 2018 r., żeby seniorom żyło się łatwiej, lepiej, żeby czuli się docenieni, szanowni, bo to dzięki ich pracy dzisiaj możemy budować i robić inne rzeczy.

Statystyki demograficzne są nieubłagane i jeśli nie pochylimy się w najbliższym czasie nad tymi sprawami, to niedługo wszyscy będziemy mieć z tym kłopot. Więc konkretne pytania – jakie projekty ustaw opracowuje rząd, bo przyznam szczerze, że przez ostatnie dwa lata nie widziałam żadnego projektu ustawy dotyczącego seniorów albo pomocy im? Co będzie zrobione w tym roku i kiedy ruszy? Tak naprawdę temat dotyczący alzheimera powinien już być wdrażany, a tymczasem wyznacza się dopiero jakieś granice.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Oddam jeszcze na minutkę głos panu i pani profesor. Potem głos zabierze pan minister, bo musi wyjść za pięć piąta. Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Chciałbym się przyłączyć jako przedstawiciel organizacji pozarządowych do głosów pań posłanek, ponieważ rzeczywiście nie jedna organizacja, nie jedna fundacja wykazała pomoc. Jest wiele organizacji wspierających system, m.in. Caritas, również nasza organizacja, która zafundowała swojego czasu we wszystkich pogotowiach radiotelefony i do głowy by mi nie przyszło, a wręcz byłoby dziwne, gdyby pan minister wymieniał jedną, bądź drugą organizację.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Szanowni państwo, przepraszam, ale bardzo bym prosiła o spokój, ponieważ przekrzykujemy się nawzajem. Dziękuję bardzo.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Na co dzień wspieramy też państwowe ratownictwo medyczne, opiekujemy się 24 godziny na dobę przez cały rok osobami starszymi, sygnalizując momenty zagrożenia, likwidując tę lukę i widzimy rzeczywiście wzrost troski o osoby starsze. Widzimy też wzrost aktywności i sprawności systemu w ratownictwie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Proszę, pani profesor.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo. Zostałam wyczytana z nazwiska, nazywam się Katarzyna Wieczorowska-Tobis i jestem geriatrą, jestem też prezesem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i cieszę się, panie ministrze, że rzeczywiście Narodowy Plan Alzheimerowski ma szanse zaistnieć i mamy szansę wszyscy pochylić się nad tym ogromnym problemem. Mam nadzieję, że te prace będą postępować szybko. Ze swej strony jako geriatra chciałabym tylko zwrócić uwagę, że zainteresowanie specjalizacją z geriatrii w trybie rezydenckim, o czym zresztą pan mówił, jest nieduże; wśród internistów i lekarzy rodzinnych jest stosunkowo duże. Przyznaję, trochę się boimy, że to zainteresowanie spadnie w związku z tym, że geriatria na podstawowych poziomach nie zmieściła się w sieci. Ale jest jeszcze za wcześnie, żeby to mówić.

Chciałabym zadać pytanie o procedurę, która została wprowadzona jesienią po rozmowach geriatrów z ministerstwem oraz z NFZ i dotyczy ona mobilnej konsultacji geriatrycznej. Rozmawialiśmy o tym, że skoro szpitale powiatowe np. mają nie mieć oddziałów geriatrycznych, to dobrze by było, żeby każdy szpital miał geriatrę konsultującego szpital. Ten geriatra może podejść na dowolny oddział i udzielić konsultacji geriatrycznej, co też odpowiada potrzebom szerzenia wiedzy z geriatrii na wszystkich oddziałach. Czy wiemy cokolwiek, jak to się rozwija? Czy wprowadzenie tego w jakikolwiek sposób przełożyło się na zainteresowanie tą procedurą? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję, pani profesor. W tej chwili jeszcze trzy osoby zgłosiły się do wypowiedzi. Mają państwo po minucie, ze względu na to, że pan minister musi wyjść za pięć piąta. Bardzo proszę, jedna minuta, muszę tutaj, jak w polskim parlamencie, wyznaczyć czas wypowiedzi. Proszę, pani poseł.

Poseł Elżbieta Stępień (N):

Dziękuję pani, wyróżniła mnie pani, bo miałam być trzecia. Szanowni państwo, rozmawiamy na temat alzheimera, sposobów kontrolowania i pomocy. Chciałabym zaproponować państwu odrębne spotkanie, bo to jest temat na zupełnie osobne posiedzenie Komisji. W moim biurze spotkałam się z przedstawicielami jednej z fundacji, która produkuje specjalne opaski dla osób z alzheimerem. To zostało już zaimplikowane na terenie Legnicy. Jest to kompatybilne z programem ratownictwa medycznego, czyli w momencie, kiedy dzwonimy na pogotowie podając specjalny numer… Ja nie mówię w kategorii biznesu, tylko w kategorii pomocniczości osobom chorym na alzheimera. Chodzi o to, byśmy podjęli dyskusję, bo to jest naprawdę ciekawe rozwiązanie. Kiedy wprowadza się numer ID, w bazie medycznej mamy dostęp do wszystkich chorób, na które cierpi dana

osoba, czy ma jakieś zastawki itp. Pełny dostęp. Jeżeli ta osoba się zgubi, zarówno policja czy np. straż miejska może zweryfikować ją, ale już nie mając dostępu do szczegółowych danych. Właśnie przed chwilą testowałyśmy to na telefonie jednej z pań i rzeczywiście to działa. Po przyłożeniu opaski do telefonu wyświetla się imię i nazwisko danej osoby, numer kontaktowy do opiekuna i PESEL.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Pani poseł, bardzo serdecznie dziękuję. Przepraszam, że przerywam, ale pan minister się spieszy, a jeszcze pan prezes chciał zabrać głos. Proszę, ma pan minutkę.

Przewodniczący Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Pani przewodnicząca, panie ministrze. Chciałbym się odnieść do informacji MZ na temat Narodowego Planu Alzheimerowskiego. Informacja ta wskazuje, jakie są zaległości, czyli jak to określono w dokumencie, należy najpierw opracować wytyczne do wytycznych, aby określić ramy dla opracowania programu, tak jak mówi ten dokument – i jak już poseł Szczerba przypominał – rozważyć zmiany w zakresie profilaktyki, modelu diagnozowania i opieki, określić standard postępowania. Jednak to są plusy i dobrze, że ten dokument w ogóle się ukazał. Ale zbyt dużo jest w nim ogólników, brak konkretów o zakresie, kiedy i jakimi środkami. Tych informacji w tym dokumencie nie ma. Wynika z tego, że startujemy niemal od zera. A już w 2012 r., chciałbym przypomnieć państwu, opracowano Polski Plan Alzheimerowski, przedstawiono go odpowiednim decydentom. Badania wskazują, że ta choroba się rozwija, bo z badań wiemy, że diagnozowany wzrost choroby w ostatnim pięcioleciu był o 20% wyższy niż prognozowano w poprzednim okresie.

Jak Polska wygląda na tle Europy? Na 33 zrzeszone w Alzheimer Europe państwa, 19 ma plany alzheimerowskie, cztery mają strategię, siedem strategię w uzgadnianiu, ostatnią grupę tworzą dwa kraje, Polska i Turcja. Polska w tej chwili nie ma tej dokumentacji i tak to wygląda. A w 2014 r. była Deklaracja z Glasgow, gdzie wezwano do stworzenia Europejskiej Strategii na rzecz Demencji i strategii krajowych w każdym kraju Europy. Bardzo dobrze więc, że wszyscy tutaj staramy się, mam nadzieję, mówić jednym głosem.

Chciałbym również przypomnieć, że jeśli mówimy o chorobie, czyli chorym, to należy mówić równolegle o opiekunie. Tutaj już pan o tym wspominał. To jest równowaga. Pani poseł mówiła o opaskach. Wszystko to dobrze. Tylko proszę pamiętać, że od połowy choroby ci ludzie przebywają w domu, albo jeszcze trochę chodzą, albo leżą. W tej sytuacji oni się już nie gubią. Oczywiście te instrumenty technologiczne są bardzo ważne w I etapie choroby, jednak problem polega na tym, że w Polsce w zasadzie nie ma pierwszego etapu choroby, tylko od razu przechodzimy do połowy drugiego albo trzeciego etapu. Dlaczego? Nie ma wczesnej diagnozy, leczymy tylko 20% pacjentów, tych potencjalnych, którzy mają chorobę Alzheimera.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Panie prezesie, bardzo przepraszam. Bardzo dziękuję panu prezesowi Tomczakowi, ponieważ zostało tylko pięć minut panu ministrowi. Proszę już pana ministra o zabranie głosu.

Podsekretarz stanu MZ Marek Tombarkiewicz:

Postaram się na te wszystkie pytania odpowiedzieć. Szkoda, że opracowany w 2011 r. narodowy plan – jeżeli był – nie został wprowadzony. Ale to nie jest nasza wina. Pani poseł, mogę odpowiedzieć?... Ja rozumiem emocje. Przed chwilą padła informacja, że w 2011 r. był taki dokument przedstawiony ówczesnym decydentom. Nie wiem, dlaczego nie został wprowadzony. Ja przekazuję bieżące informacje.

Pyta się pani o projekty ustaw. Narodowy plan dla konkretnej choroby, w tym wypadku mówimy o chorobie Alzheimera, jest dokumentem rządowym. Nie wiem, czy była pani poseł od początku, ale mówiłem, że trwają prace nad planem. Można oczywiście uważać, że zbyt wolno, przyjmuję uwagę pani profesor, że należy to robić szybciej. Jeżeli jednak mówimy o kompleksowej opiece nad pacjentem, a o takiej mówimy, więc również o kontaktach z ministerstwem rodziny, żeby pomóc opiekunom, wymaga to uzgodnień międzyresortowych, o tym powiedziałem.

Jeżeli chodzi o oddziały geriatryczne. Owszem nie zostały one zakwalifikowane do sieci szpitali, ale zostały wyrównane…

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo proszę, pani poseł, o spokój.

Podsekretarz stanu MZ Marek Tombarkiewicz:

Wszystkie procedury, które można rozliczać na oddziale geriatrycznym, są równoimienne z procedurami rozliczanymi w oddziale wewnętrznym, zostało to wyrównane, więc oddziały wewnętrzne mogą prowadzić wszystkie procedury przewidziane dla oddziału geriatrycznego, nie będąc oddziałem geriatrycznym z nazwy. Taką decyzję podjął ówczesny minister, który postanowił, że oddziały geriatryczne nie będą kwalifikowały do odpowiedniego poziomu; ale nie tylko oddziały geriatryczne zostały w ten sposób ustawione. Mówiliśmy o podstawowym zabezpieczeniu szpitalnym. Nie ma żadnego zagrożenia, że oddziały geriatryczne będą likwidowane, wręcz przeciwnie, deklaracja pana ministra Szumowskiego jest jasna, widzi on dużą potrzebę funkcjonowania i rozwoju geriatrii w naszym kraju, bo starzenie się społeczeństwa jest faktem. Nie ma tutaj żadnego zagrożenia, ani też obaw, że w następnych postępowaniach konkursowych nie będzie finansowania dla tych oddziałów,

Jeśli chodzi o leki 75+, jest to kwota kilkuset milionów złotych bezpośrednio z budżetu państwa, która co roku rośnie, w ub.r. 544 mln zł, docelowo ponad 1 mld 200 mln zł. Nie można nie doceniać tego programu, który jest wyjściem dla osób powyżej 75. roku życia. Konstrukcja programu opiera się na tym, że kluczową rolę odgrywa lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (jest to widoczne także w założeniach, o których mówiłem): będzie on wykonywał diagnostykę wstępną, żeby znaleźć pacjentów w pierwszej fazie choroby, bo oni faktycznie zaczynają być leczeni wtedy, gdy już mają objawy otępienne, a przecież chodzi o jak najwcześniejszą diagnostykę. Zdajemy sobie z tego doskonale sprawę i stawiamy na to, że lekarz POZ będzie tym, kto przeprowadzi według tej prostej skali ocenę geriatryczną i będzie mógł znaleźć pierwsze symptomy choroby otępiennej.

Lekarz POZ, który zna całą chorobę pacjenta, jest osobą najlepiej przygotowaną do tego, żeby przepisywać darmowe leki dla seniorów, po to żeby unikać polipragmazji i przepisywania leków przez kilku specjalistów. Tak to zostało skonstruowane i to się sprawdza. Z tego co się orientuję, nie wszyscy lekarze pracują na systemach elektronicznych, zawierających bazę leków. Ten system pozwala wypisać receptę w komputerze, wydrukować ją i automatycznie zaznacza, że leki są darmowe – jeżeli jest to pacjent kwalifikujący się do darmowych leków. Trzeba pamiętać, że konstrukcja programu leki 75+ została nałożona na aktualnie funkcjonujące zasady refundacji leków, czyli na ustawę refundacyjną i zdarza się w przypadku niektórych rzadkich leków, że inny był poziom refundacji dla mniejszych opakowań i mniejszych dawek niż dla dużych. Ustawa odnosząca się do leków 75+ nie zmienia zasady refundacji leków.

Co do mobilnej konsultacji geriatrycznej, nie mam dokładnych danych, nie wiedziałem, że padnie takie pytanie. Z tego, co pamiętam, zarówno konsultacja kardiologiczna na odległość, jak i konsultacje geriatryczne, niestety, nie cieszą się dużym wzięciem. Zdaje się, że tylko w ośmiu województwach lekarze zaczęli stosować takie świadczenia, dotyczy to naprawdę kilkuset pacjentów. Jest więc taka możliwość, ale niestety, nie jest ona wykorzystywana.

Chcę jeszcze powiedzieć państwu, że planowane jest rozpoczęcie naboru do Programu GOSPOSTRATEG z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, umożliwiającego badania także związane ze starzeniem się społeczeństwa. Jest dość duża lokacja, 500 mln zł, na te programy i wiem, że Narodowy Instytut Geriatrii i Reumatologii będzie uczestniczył w tym programie. Przewidziane są również badania w kierunku starzenia się społeczeństwa, a tym samym poszukiwanie możliwości wsparcia dla tej grupy osób, bo będzie duże finansowanie z GOSPOSTRATEG.

Przewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję panu ministrowi za wyczerpującą odpowiedź. Na zakończenie tego tematu pozwolę sobie udzielić głosu. Chciałam przede wszystkim podziękować ministerstwu za rzetelnie przygotowaną informację, a z drugiej strony chcę się z pań-

stwem podzielić pewną refleksją. Jestem członkiem Komisji Zdrowia i po raz pierwszy mogę powiedzieć, że wspólnie wszystkie opcje polityczne przegłosowały ustawę związaną ze zwiększeniem PKB na służbę zdrowia do 6 proc. do 2025 roku. Czyli trzeba powiedzieć, że rząd Prawa i Sprawiedliwości dba o zdrowie pacjentów. Na ostatnim spotkaniu z panem ministrem Szumowskim, który jest nowym ministrem zdrowia, właśnie wybrzmiała informacja na temat seniorów, dotycząca geriatrii, co nas jako członków i prezydium Komisji bardzo ucieszyło.

Jeszcze raz bardzo serdecznie dziękuję i stwierdzam, że Komisja zapoznała się z informacją na temat Narodowego Planu Alzheimerowskiego. Przypomnę jeszcze, że na najbliższym posiedzeniu Komisji przedstawimy dezyderat i postaramy się go przyjąć, żeby wesprzeć ministerstwo w jego działaniach. Jeszcze raz dziękuję panu ministrowi.

Teraz proszę o poprowadzenie obrad pana posła Szczerbę, bo muszę wyjść na posiedzenie innej Komisji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękujemy panu ministrowi. Przystępujemy do rozpatrzenia informacji na temat ochrony praw starszych pacjentów. Ten temat zreferują minister zdrowia oraz rzecznik praw pacjenta. W jakiej kolejności państwo… Zaczynamy od rzecznika praw pacjenta. Bardzo proszę.

Zastępca rzecznika praw pacjenta Grzegorz Błażewicz:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowny panie przewodniczący, szanowna Komisjo, szanowni państwo. Rzecznik praw pacjenta na bieżąco gromadzi i analizuje informacje związane z systemem opieki zdrowotnej, a następnie podejmuje działania w ramach przysługujących kompetencji w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw pacjentów.

Pragnę zauważyć, iż problematyka zapewnienia świadczeń zdrowotnych z dziedziny szeroko pojmowanej geriatrii nadal wymaga aktywnego współdziałania wszystkich odpowiedzialnych w tym zakresie podmiotów i instytucji. Dostosowanie polityki zdrowotnej i społecznej do aktualnych i przyszłych potrzeb powinno być priorytetem państwa polskiego. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej osobom starszym jest o tyle istotne, że schorzenia związane z wiekiem często skutkują niepełnosprawnością pacjentów. Tym samym, omawiana grupa społeczna w przypadku braku pomocy osób trzecich samodzielnie nie jest w stanie w sposób efektywny zadbać o własne bezpieczeństwo zdrowotne.

Rzecznik praw pacjenta w celu zwiększenia świadomości prawnej wskazanej grupy obywateli oraz ich opiekunów, co jest bardzo ważne, już w 2017 r. organizował wykłady w ramach uniwersytetów trzeciego wieku. Ta forma współpracy przeznaczona jest jednak dla pacjentów, którzy pomimo wieku zachowali duży stopień samodzielności i chcą aktywnie uczestniczyć w dialogu z personelem medycznym. Grupą wymagającą szczególnego wsparcia, w tym instytucjonalnego, są w ocenie RRP osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi.

Odnosząc się do stopnia przestrzegania praw pacjentów seniorów, w tym do świadczeń zdrowotnych, z praktyki RRP wynika, że ich sytuacja nie poprawiła się znacząco na przestrzeni lat. Zgłoszenia dotyczące realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych są zróżnicowane w zależności od rodzaju świadczeń, o które ubiegali się pacjenci lub podjęli leczenie. Nie poprawił się dostęp do leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – w szczególności w rehabilitacji i opiece długoterminowej – co może być spowodowane niekorzystnym trendem demograficznym. Zauważalnym problemem jest również ograniczony dostęp do świadczeń realizowanych przez zakłady opiekuńczo-lecznicze (jako świadczeń długoterminowych).

Rzecznik praw pacjenta w roku 2017 zakończył 57 postępowań wyjaśniających, które dotyczyły pacjentów powyżej 60. roku życia, z czego w 25 przypadkach stwierdzono naruszenie praw pacjenta. Pisemnych sygnałów odnoszących się do osób powyżej 60. roku życia odnotowano w sumie 854. Obecnie prowadzone są również dwa postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, nie zapewniono bowiem w podmiotach leczniczych właściwej obsady personelu medycznego. W omawianych

postępowaniach rzecznik bada również zarzut braku leków oraz sprzętu medycznego niezbędnego do udzielania świadczeń.

W tym miejscu chciałbym zwrócić państwa uwagę również na pozytywny wniosek płynący z analizy zgłoszeń i sygnałów kierowanych przez pacjentów. Za pozytywną zmianę w systemie służby zdrowia pacjenci uważają wprowadzenie bezpłatnych leków dla seniorów (program 75+) – rozwiązanie to spotkało się z jednoznacznie pozytywną oceną mimo pojawiających się różnych głosów krytyki. Chodzi o możliwość przepisywania tych leków nie tylko przez lekarzy POZ, ale również poszerzenie tej kompetencje na lekarzy specjalistów. Myślę, że ten temat będzie przedmiotem rozmów, dyskusji i analiz w bieżącym roku.

Chciałbym teraz poruszyć temat pacjentów psychogeriatrycznych, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają szczególnej troski. Z danych odnośnie do psychogeriatrii i świadczeń dla chorych psychosomatycznie, przekazywanych przez rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, którzy są pracownikami Biura RRP, wynika, iż pacjenci w wieku powyżej 60. roku życia są hospitalizowani w oddziałach zarówno ogólnopsychiatrycznych, jak i psychogeriatrycznych, psychosomatycznych, odwykowych oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno- opiekuńczych psychiatrycznych. Pacjenci tych oddziałów często mają trudności z wyartykułowaniem swoich potrzeb. Z obserwacji rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego wynika, iż nie zawsze chorym zapewnia się odpowiednie zajęcia rehabilitacyjne i terapeutyczne, dostosowane do ich wieku i potrzeb. Ograniczony jest również dostęp do leczenia specjalistycznego, w szczególności w szpitalach jednoprofilowych. Odrębną grupę o specyficznych potrzebach stanowią osoby, którzy przebywają w szpitalach psychiatrycznych w ramach wykonywania środka zabezpieczającego (tzw. detencji, ale to jest odrębna grupa pacjentów).

Jednocześnie fakt umieszczenia pacjenta w placówce udzielającej całodobowych świadczeń bywa wykorzystywany przez rodziny, które nie chcąc sprawować opieki nad osobą starszą, odmawiają odebrania jej po wypisie, nie godząc się jednocześnie na ponoszenie kosztów pobytu w instytucji o charakterze opiekuńczym. Ma to negatywny wpływ na dostępność świadczeń szpitalnych.

Rzecznik praw pacjenta zauważa również problem realizacji prawa pacjenta do informacji i do obecności osoby bliskiej, sugerując brak należytych relacji pomiędzy personelem a rodziną pacjenta. Nie jest to jednak bariera o charakterze prawnym. Wobec powyższego zasadne są działania edukacyjne, kierowane zarówno do personelu medycznego, jak i do rodzin pacjentów, które RPP stale podejmuje, prowadząc m.in. szkolenia dla personelu medycznego.

W roku 2017 na 49 tys. rozmów telefonicznych przeprowadzonych za pośrednictwem ogólnopolskiej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, blisko 17 tys. z nich dotyczyło pacjentów w wieku podeszłym, co stanowiło około 33 % wszystkich sygnałów kierowanych do Biura RPP. W porównaniu z analogicznym okresem roku poprzedniego, nastąpił wzrost prawie o 3% zgłaszanych problemów w dostępie do leczenia prawie. W ciągu trzech lat liczba sygnałów dotyczących sytuacji seniorów niemal się podwoiła. W 2013 r. udział zgłoszeń od osób 60+ był na poziomie 16%, tak jak wskazałem, w 2017 r. było to 30%.

Jednocześnie informuję, iż rzecznik praw pacjenta uzyskał coroczną opinię pana prof. dr. hab. Tomasza Kostki, konsultanta krajowego w dziedzinie geriatrii, który wskazał, że najistotniejszym problemem geriatrii jest stały wzrost zapotrzebowania na świadczenia lecznicze, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne i opiekuńcze związane ze starzeniem się społeczeństwa oraz brak wystarczającej liczby personelu oraz placówek świadczących usługi medyczne i pielęgniarsko-opiekuńcze. Mogą państwo mnie poprawić, ale wydaje mi się, że obecnie mamy niewiele więcej geriatrów niż powiatów. Słyszę, że jest ich troszeczkę więcej.

Z opinii pana profesora wynika, że system opieki geriatrycznej powinien dążyć do modelu, w którym osoba starsza i niepełnosprawna po pobycie w szpitalu (na oddziale geriatrycznym lub innym) byłaby objęta rehabilitacją geriatryczną, a następnie płynnie powróciła do swojego środowiska domowego i lokalnego. Umożliwiłoby to poprawę stopnia samodzielności u seniorów i wspomogłoby rodzinę opiekującą się starszym pacjentem, wymagałoby jednakże koordynacji i zmiany kształtu wielu instytucji prawnych.

Wskazano ponadto, iż w wielu krajach europejskich istotną rolę w utrzymaniu sprawności funkcjonalnej seniorów pełnią oddziały rehabilitacji geriatrycznej. W Polsce ich utworzenie należy uznać za jeden z najpilniejszych problemów opieki nad osobami starszymi. W ocenie konsultanta krajowego odbiorcą proponowanych świadczeń powinny być osoby po 60. roku życia, u których stwierdza się deficyty narządu ruchu lub deficyt współistniejący z wielochorobowością, zagrażającą postępem niesprawności ruchowej i pogłębieniem bądź utratą niezależności funkcjonalnej. Po otrzymaniu tej opinii RPP na początku grudnia ub.r. zwrócił się do ministra zdrowia o przekazanie stanowiska w sprawie i o przekazanie pogłębionej analizy. Obecnie oczekujemy na odpowiedź pana ministra. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję za tę informację. Przedstawił ją pan Grzegorz Błażewicz, zastępca rzecznika praw pacjenta. Mamy też krótką informację ministra zdrowia. Czy jest potrzeba przedstawienia jej? To jest de facto zakres…

Zastępca rzecznika praw pacjenta Grzegorz Błażewicz:

Z tego, co się orientuję, jest tylko informacja RRP i tak to miało być zorganizowane.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Pierwszy raz gościmy w naszej Komisji rzecznika praw pacjenta. Temat jest bardzo ważny, na pewno pojawiają się różnego rodzaju pytania dotyczące jego działalności. Wiedzą państwo, że urząd Rzecznika Praw Pacjenta funkcjonuje od roku 2009. Pozwala to na pewnego rodzaju podsumowania, dotyczące pracy, którą ten urząd wykonuje.

Zastępca rzecznika praw pacjenta Grzegorz Błażewicz:

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta powstała w 2008 r., ale jak słusznie pan przewodniczący wskazał, weszła w życiu w 2009 r. i mamy w tym roku dziesięciolecie ustawy.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Pan doktor Sapuła, bardzo proszę.

Stały doradca Komisji dr n. mad. Rafał Sapuła:

Rafał Sapuła, jestem doradcą Komisji i wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Chciałbym bardzo serdecznie podziękować panu rzecznikowi, że pan i państwo zwrócili uwagę, że należy wyprofilować oddziały rehabilitacji w kierunku rehabilitacji geriatrycznej. Tutaj uwaga do państwa z MZ – cały czas pracuje zespół ekspercki (w którym mam przyjemność w uczestniczyć) przy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nad zmianami w systemie organizacji rehabilitacji. Myślę, że warto zwrócić uwagę, tak instytucjonalnie, aby podjąć działania zmierzające właśnie do usystematyzowania tego zagadnienia. Chętnie się do tego włączy środowisko lekarzy rehabilitacji, tak że apeluję, bo ten zespół cały czas pracuje i można to naprawdę szybko zrobić. To taka prośba ze strony środowiska dla dobra pacjentów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję. Czy jeszcze jakieś uwagi? Bardzo proszę, pani… Proszę się przedstawić. Później pani przewodnicząca Ostrowska.

Przedstawicielka Wawerskiej Rady Seniorów Renata Ekielska-Rudeńska:

Witam państwa. Renata Ekielska-Rudeńska. Jestem zaskoczona, że zabrakło w tej chwili głównej osoby, czyli kogoś z ministerstwa zdrowia. Wszyscy wiemy, że właściwie przeprowadzona diagnoza pozwala stwierdzić, ile osób ma alzheimera. Bez uprzedniej diagnozy jest to niemożliwe, bo różnego typu demencje mogą wynikać z wielu innych chorób. W związku z tym pytanie do rzecznika – czy ktoś zwrócił się do państwa o wyjaśnienie, dlaczego, mimo że nie przeprowadzono szczegółowych badań, w wypisie znalazło się stwierdzenie, że pacjent ma demencję? W istocie ten człowiek był bardzo, bardzo niedożywiony – brak mikroelementów i ogólnie zła dieta, plus stres starszego wieku

spowodowały u niego takie objawy, że leczono go na alzheimera, co właściwie nigdy nie powinno się zdarzyć. To jest jedno pytanie.

Drugie. Mówimy często o profilaktyce. Słyszałam ostatnio z fantastycznego, zresztą mojego ulubionego informatora i państwa zapewne też… pan prezes wyjaśnił i nagłośnił. Jeżeli nie ma diagnozy, bo np. bardzo długo czeka się na wizytę, bo wizyty są za krótkie, to jak można leczyć ludzi, aby zapobiec rozwojowi choroby? Na sali został rzecznik praw pacjenta, proszę wybaczyć, nie chciałabym, aby odniósł pan wrażenie, że znęcam się nad państwem. Uważam, że ktoś powinien jasno określić zasady diagnozy i to diagnozy w miarę szybkiej. Zwróćmy uwagę, że w każdym zawodzie są trzy typu ludzi: dobrzy specjaliści, czyli rzemieślnicy, są artyści i są partacze. W związku z tym nie możemy się zgodzić na to, żeby lekarz, który „odpuszcza", który lekceważy symptomy, szczególnie w starszym wieku mógł bardzo długo pracować. Takich ludzi zresztą spotykamy w aptekach i w różnych innych miejscach. Musimy znaleźć sposób, aby wizyta była jasno określona, żeby można było przyjść raz, być przyjętym i mieć przeprowadzoną odpowiednią liczbę badań. Proszę zwrócić uwagę, w Internecie jest pełno informacji, ile badań w roku pacjent może dostać. Podaję jako przykład siebie – przez ostatnie cztery lata nie miałam jednej dziesiątej badań. Pani doktor mówi – nie potrzeba, pani się trzyma dobrze. Czy tak powinno to wyglądać? W związku z tym propozycja – abyśmy zwarli szyki i mogli bardzo konkretnie zadziałać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo. Pani prezes Elżbieta Ostrowska, bardzo proszę. Później pani prof. Wieczorowska-Tobis.

Przewodnicząca PZERiI Elżbieta Ostrowska:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie rzeczniku. Myślę, że instytucja RRP jest ważna dla wszystkich pacjentów, a szczególnie dla osób starszych co najmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, ludzie starsi z natury rzeczy częściej korzystają ze służby zdrowia, zatem ich potrzeba wsparcia w tym obszarze jest większa, a po drugie, osoby starsze, również z uwagi na postępujące dysfunkcje, choćby te, o których mówiliśmy w pierwszej części spotkania, gorzej się poruszają w tej materii, gorzej przyswajają informacje, również te udzielane im chociażby w okienku rejestracji w przychodni czy w gabinecie lekarskim i na pewno są słabsi, jeśli idzie o egzekwowanie ich praw. Stąd rola RRP zwłaszcza w odniesieniu do osób starszych, jest szalenie istotna.

Mam tylko taką uwagę. Z moich kontaktów z osobami starszymi na terenie całego kraju, a przez placówki mojego związku mam liczne kontakty, wynika, że wiele osób starszych nie tylko nie wie, jak korzystać ze swoich praw, ale również nie wie, że istnieje rzecznik praw pacjenta. Czy nie byłoby możliwe, aby biuro rzecznika wyszło z kampanią informacyjną, adresowaną do osób starszych, tak jak to było np. z kampanią Bezpieczny i aktywny senior, kiedy np. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów informował o możliwości dochodzenia swoich praw szczególnie przez osoby starsze. Może by było warto i na pewno byłoby to bardzo dobrze przyjęte przez seniorów, gdyby RRP stał się postacią czy instytucją bardziej znaną w tym środowisku, któremu jest naprawdę, powtarzam, bardzo, bardzo potrzebny. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję. Pani profesor, proszę.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Panie przewodniczący, panie rzeczniku, szanowni państwo. Ja też bardzo się cieszę, że mamy możliwość zadania panu pytań i zapoznania się z działalnością poświęconą seniorom. Zadam dwa pytania. Pierwsze bardzo jednoznacznie wynika z informacji, którą pan przedstawił, że zainteresowanie seniorów, czy trafniej byłoby powiedzieć liczba spraw dotycząca seniorów wzrasta. Ale czy rzeczywiście jest tak, że sami seniorzy zgłaszają te sprawy, bo są coraz bardziej świadomi, czy jednak jest tak, że te sprawy zgłaszają rodziny? To jest chyba bardzo ciekawe.

Drugie pytanie. Nie wszystkie zgłoszenia rozpatrują państwo pozytywnie, więc gdy patrzą państwo na ogół spraw załatwionych pozytywnie, to jaki odsetek stanowią wśród

nich sprawy dotyczących seniorów? Czy można tak postawić pytanie i na nie odpowiedzieć? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję, pani profesor. Bardzo proszę, jeszcze pani. Proszę też o przedstawienie się.

Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Jestem rzecznikiem polskiej koalicji, a jednocześnie jestem redaktorką naczelną „Głosu Pacjenta Onkologicznego". Przyszłam dzisiaj z dwóch powodów. Pierwszy powód jest taki, że chciałam podziękować Komisji, a zwłaszcza pani poseł Zwiercan za to, że państwo pochylili się też nad sprawą onkologicznych pacjentów w wieku senioralnym, że wspomogli nas swoją petycją złożoną do MZ w sprawie dostępu do leczenia dla pewnej grupy pacjentów.

Może nawiążę też do pani postulatu, bo nasza organizacja bardzo ściśle współpracuje z RRP i mamy duże doświadczenie w tej współpracy i osiągnięcia. Między innymi powstała teraz nowa organizacja, która się nazywa Polska Unia Organizacji Pacjentów, taka parasolowa, zrzeszająca chorych z różnych obszarów zdrowia i choroby, że tak powiem. Sądzę, że można by pomyśleć wspólnie właśnie o takiej kampanii, bo PUOP zajmuje się w dużej mierze właśnie prawami pacjenta i tym, żeby te prawa były upowszechniane wśród społeczeństwa. Warto by było chyba pomyśleć o wspólnej kampanii.

Druga rzecz, o której moglibyśmy wspólnie pomyśleć i z którą ja tutaj, poza tymi podziękowaniami, przyszłam, to jest coś takiego, co było już rozważane przy pakiecie onkologicznym, który, jak państwo wiedzą, już funkcjonuje. Przy okazji pakietu onkologicznego chcieliśmy „przemycić" kartę onkologiczną seniora. Upoważniałaby ona osoby, które ukończyły 65 lat, do systematycznych badań w kierunku chorób nowotworowych. Wiemy wszyscy, że choroby nowotworowe najczęściej występują i głównie się objawiają właśnie po 65. roku życia, więc ci pacjenci powinni być objęci specjalną opieką diagnostyczną. Stworzyliśmy wtedy bardzo konkretny program, do którego chętnie wrócimy. Nie przyszłam tutaj, żeby państwa straszyć, że perspektywy rozwoju i zwiększenia liczby chorób są zastraszające, bo w najbliższej przyszłości zachoruje co druga osoba, ale żeby powiedzieć, że wczesne wykrycie to życie i jeśli będziemy wykrywać te choroby w początkowym etapie, u pacjentów w każdym wieku, to te choroby jak najbardziej mogą być uchwycone. Poza tym jest część chorób charakterystycznych dla wieku senioralnego. Jedną z nich jest przewlekła białaczka limfocytowa. Ta choroba w 70% nawet nie wymaga leczenia. Wystarczy, że pacjent jest obserwowany. W większości chorób są to bardzo małe grupy pacjentów i one wymagają wsparcia. My jako koalicja pomagamy tym nieformalnym grupom. One istnieją tylko wirtualnie, w Internecie, tam się spotykają pacjenci z całej Polski. Mamy dwie takie grupy – pacjentów z mielofibrozą i pacjentów właśnie z przewlekłą białaczką limfocytową. W jakim zakresie pomagamy?

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Szanując to wszystko, może znajdziemy taki obszar w aktywności Komisji, gdzie moglibyśmy porozmawiać o problemach pacjentów onkologicznych, jako osobnym zagadnieniu, a dzisiaj, szczerze powiedziawszy, to była moja inicjatywa w ramach prezydium, jest u nas po raz pierwszy rzecznik praw pacjenta. Chcielibyśmy przede wszystkim wykorzystać to posiedzenie Komisji, żeby zrozumieć funkcjonowanie tej instytucji, i problemy, które zgłaszają osoby starsze. Gdyby więc mogła pani tę moją prośbę uwzględnić.

Rzecznik PKPO Aleksandra Rudnicka:

Dobrze, tylko zakończę. Takie małe grupy nie mają siły przebicia, nie mogą się czasami wypowiedzieć i my reprezentujemy te grupy na gremiach, w których uczestniczy m.in. rzecznik praw pacjenta, i przedstawiamy te problemy. A one dotyczą zarówno opieki, jak i leczenia, np. jedna grupa pacjentów wymagała wsparcia w dostępie do leczenia i nam udało się to załatwić. Chciałam poruszyć tylko te dwie rzeczy: że możemy się włączyć do kampanii, jeśli chodzi o wspólne działania z rzecznikiem, jak też wspólnie z państwem oraz rzecznikiem pomyśleć o tej karcie onkologicznej, bo to też są prawa pacjenta do lepszej diagnostyki i wcześniejszego rozpoznania choroby. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję. Proszę się przedstawić.

Opiekunka rodzinna osób z chorobą Alzheimera Zofia Prasał:

Zofia Prasał, opiekuję się osobami z chorobą Alzheimera, inaczej mówiąc, jestem opiekunką domową. Panie przewodniczący, szanowni państwo. Bardzo interesujący jest dla mnie jako odbiorcy usług i opiekunki przygotowany przez RRP materiał. Miałabym mnóstwo pytań, ale ograniczę się do kilku najważniejszych. Bardzo zainteresował mnie temat rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Próbowałam się czegoś dowiedzieć na ten temat. Ile mniej więcej osób pracuje w szpitalach psychiatrycznych? Podobno Polska jest wyjątkowym krajem pod tym względem, w innych państwach podobno nie ma osób pełniących taką funkcję. Druga sprawa. Skoro mówimy o chorobie Alzheimera, czy w jakiś sposób państwo wyodrębniają zgłoszenia spraw dotyczących tej grupy osób? Interesuje mnie też problem ubezwłasnowolnienia. Czy otrzymują państwo zgłoszenia już nie tych osób, bo one są pozbawione tego prawa, ale, powiedzmy, ich opiekunów prawnych? I jak to jest z mieszkańcami domów pomocy społecznej? Często opiekunami prawnymi osób ubezwłasnowolnionych są pracownicy tych placówek, bo podobno rodziny nie chcą spełniać tej funkcji. Czy zdarzają się również sygnały z domów pomocy społecznej?

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo. Ja mogę tylko ogólnie powiedzieć pani, że w DPS jako takich świadczeń medycznych nie ma, więc to nie jest kompetencja rzecznika. Pacjenci tak, ale jeśli chodzi o warunki w DPS, ich mieszkańcy kontaktują się raczej z rzecznikiem praw obywatelskich. Powiem szczerze, wykorzystam też to spotkanie z zastępcą rzecznika również do tego, żeby lepiej zrozumieć, czym się państwo zajmują. Ogólnie wiem, że osoby dzwoniące do infolinii są zadowolone, że mogą poinformować państwa o swoim problemie w zakresie spóźnionej diagnozy, nieprawidłowego leczenia, naruszenia pewnych praw. Jednak skala odbywanych rozmów w porównaniu do realnych postępowań wyjaśniających, a powiedział pan, że było 57 postępowań dotyczących pacjentów powyżej 60. roku życia, to jest jednak dosyć mało. Czy to są dane tylko za rok 2017, mógłby pan to potwierdzić?

Zastępca RPP Grzegorz Błażewicz:

Szanowny panie przewodniczący, jeśli chodzi o kompetencje rzecznika praw pacjenta, to rzeczywiście działa on na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, odpowiednio stosując przepisu Kodeksu postępowania administracyjnego. Do rzecznika można zgłosić wniosek, który we wszelkiej formie jest oczywiście wolny od opłat, ale żeby wszcząć postępowanie wyjaśniające, musi zaistnieć uprawdopodobnienie naruszenia prawa pacjenta. Oczywiście taki wniosek musi być przesłany do biura tradycyjną drogą, bądź mejlową, najlepiej, jeśli jest podpisany przez osobę bądź pełnomocnika. Takich spraw, takich postępowań mamy blisko tysiąc.

Odrębnie przedstawiamy informacje o prowadzonych postępowaniach indywidualnych w konkretnej sprawie, odrębnie o postępowaniach w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, bo to jest oddzielna kategoria i odrębnie również przekazujemy informacje o liczbie przeprowadzonych rozmów na ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii. Ta ogólnopolska infolinia Biura RPP umożliwia łatwy i najszybszy kontakt z rzecznikiem. Często pacjenci potrzebują profesjonalnej informacji od naszego pracownika i sami już sobie radzą w systemie, sami sobie załatwiają sprawę. Oczywiście otrzymują też informację, że w przypadku dalszych problemów czy niezałatwienia ich sprawy, mogą się zwrócić do rzecznika praw pacjenta. Wtedy często podejmujemy kolejne działania, np. wszczynając postępowanie wyjaśniające. A więc nie każdy sygnał zgłaszany do rzecznika kończy się postępowaniem wyjaśniającym.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Mam jeszcze jedno pytanie – czy państwo też kierują do różnych organów administracji publicznej zapytania, wnioski problemowe, które można opracować na podstawie skarg, czy innych informacji otrzymywanych od pacjentów? Takie działania podejmuje rzecznik praw obywatelskich, one są dosyć ważnym elementem. Druga sprawa, czy zainicjowali

państwo w ostatnim okresie – ustawa stwarza taką możliwość – jakieś zmiany legislacyjne? Wiem, że nie mają państwo inicjatywy ustawodawczej, ale uczestniczą w zmianach przepisów prawa. Ostatni element, który jest też dosyć ważny – jak państwo wiedzą, rzecznik praw obywatelskich nie tylko ma swoje filie poza Warszawą, ale również odbywa dyżury w różnych regionach. Czy podobne działania podejmuje, czy planuje podjąć rzecznik praw pacjenta? Dziękuję bardzo.

Zastępca RPP Grzegorz Błażewicz:

Panie przewodniczący, może najpierw zakończę odpowiedzi na pana pytania. Jeżeli chodzi o wystąpienia, rzecznik praw obywatelskich kieruje tzw. wystąpienia generalne do różnych organów i instytucji, a w wypadku rzecznika praw pacjenta są to wystąpienia systemowe zawierające wnioski *de lege referenda*, bądź *de lege lata*, są one kierowane do ministra zdrowia, ministra pracy i polityki społecznej, ministra sprawiedliwości lub do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zależności od tematyki sprawy.

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta ma dość skromny budżet. Przy tej okazji zwrócę się do państwa z prośbą o wspieranie tej stosunkowo młodej instytucji na wszelkich polach, również na polu parlamentarnym. Realizujemy od dwóch lat program Wychodzenie urzędników zza biurek. Mimo że centrala Biura RPP mieści się w Warszawie, staramy się odwiedzać mniejsze miejscowości, spotykać się ze społecznościami lokalnymi przy różnego rodzaju okazjach, festynach, konferencjach, staramy się również brać czynny udział w życiu UTW.

Każdy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a więc to na lekarzu ciąży obowiązek i odpowiedzialność prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych. Oczywiście ma znaczenie wiedza, doświadczenie konkretnego lekarza, ale musimy zwrócić uwagę na standardy postępowania medycznego, bądź standardy organizacyjne, standardy i wytyczne towarzystw naukowych. RPP w ramach postępowań indywidualnych, wyjaśniających czy w postępowaniach zbiorowych bada te kwestie. A więc często występujemy do konsultantów wojewódzkich i do konsultantów krajowych właściwych w danej dziedzinie medycyny, aby ocenić konkretną sprawę i wydać rozstrzygnięcie. A więc wchodzą w grę różne rodzaje odpowiedzialności, zarówno odpowiedzialność cywilna, karna, zawodowa, jak i odpowiedzialność wynikająca z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Jeżeli chodzi o kampanie informacyjne. Od samego początku w miarę posiadanych środków, zasobów realizujemy te kampanie. W tym roku kontynuujemy kampanię Rzecznik praw pacjenta przypomina, zwracamy się o bezpłatną emisję spotów do wszelkich możliwych mediów publicznych i niepublicznych, o zamieszczanie naszych materiałów informacyjnych, odwiedzamy również, jak wspomniałem, środowiska lokalne, aby dotrzeć z tą informacją. Pacjent świadomy swoich praw jest partnerem w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, a pacjent nieuświadomiony jest często biernym obserwatorem, a więc w interesie wszystkich powinno być zwiększanie świadomości prawnej obywateli również w zakresie praw pacjenta.

Od razu odpowiem na kolejne pytanie, które sobie zanotowałem. W tym kontekście rzecznik zaprasza wszystkich zainteresowanych do współpracy, myślę, że pani prezes może poświadczyć, że nikogo nie odsyłamy z kwitkiem, a więc bardzo serdecznie zapraszamy.

Kto zgłasza sprawy dotyczące seniorów? Oczywiście jest grupa seniorów, którzy walczą o swoje prawa. Jednak zarówno w sprawach najmłodszych pacjentów, jak i w sprawach senioralnych, większość sygnałów pochodzi od rodziny i opiekunów prawnych.

Jaki procent spraw rozpatrujemy pozytywnie? Stosunek jest mniej więcej taki sam we wszystkich prowadzonych postępowaniach dotyczących różnego rodzaju świadczeń, mniej więcej połowa skarg się potwierdza.

Obowiązki rzeczników praw szpitala psychiatrycznego wypełnia 40 pracowników, docelowa liczba to 50 osób. Chciałbym zwrócić uwagę, że bardzo trudno jest osiągnąć postulowaną w ustawie liczbę, ponieważ jest to praca bardzo ciężka, bardzo obciążająca. Osoby muszę się wykazać bardzo dużą wiedzą, umiejętnościami, w tym koniecznym doświadczeniem w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, dlatego obserwujemy rotację

na tych stanowiskach. Ale to prawda, że nasz kraj może się poszczycić taką instytucją, w większości państw europejskich nie ma takiej ochrony pacjentów psychiatrycznych.

Nie wydzielamy alzheimera w jakiś szczególny sposób. Oczywiście analizując świadczenia w różnych zakresach, agregujemy dane posiadane u nas systemach i jeżeli jest taka potrzeba, to wyodrębniamy w zależności od potrzeb ad hoc czy to chorobę Alzheimera, czy inne choroby.

Naturalnie, napływają zgłoszenia o ubezwłasnowolnienie. Muszę zaznaczyć, że osoba ubezwłasnowolniona ma pewne ograniczenia w samostanowieniu, ale może np. złożyć wniosek o zniesienie ubezwłasnowolnienia, a więc nie do końca jest to osoba, której się nic nie należy. My też staramy się wychodzić z takiego założenia, że również osoby ubezwłasnowolnione, które się do nas zgłoszą, to oczywiście w ramach prawnych, dopuszczalnych, pomoc…

DPS nie są podmiotami leczniczymi, są to jednostki, które zapewniają dostęp do świadczeń, nie realizują tych świadczeń. Najczęściej mieszkańcy DPS korzystają z tej podstawowej opieki zdrowotnej.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę, że trwają prace w Biurze RPP nad nowelizacją ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Może tylko zasygnalizuję trzy obszary, nad którymi pracujemy: pierwszy to aktualizacja praw pacjenta po 10 latach funkcjonowania ustawy, drugi obszar – chcielibyśmy wzmocnić rolę i pozycję RPP, jego kompetencje, trzeci obszar – chcielibyśmy zdefiniować na nowo miejsce i funkcję organizacji pacjentów w systemie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo proszę, ostatnie pytanie.

Przedstawicielka Polskiej Koalicji Pacjenta Onkologicznego Katarzyna Lisowska:

Katarzyna Lisowska, PKPO, grupa wsparcia chorych na mielofibrozę. Jest to nowotwór krwi, choroba rzadka, dotyka ludzi starych i młodych. Chylę czoło przed rzecznikiem praw pacjenta, ale seniorzy to jednak bierni obserwatorzy. Oni jakby w ogóle nie mają świadomości, co im się należy, nie wiem, czy mogę tak powiedzieć. Zadam tylko jedno pytanie – czy są skargi do rzecznika praw pacjenta na szpitalne oddziały ratunkowe, w jaki sposób starsi ludzie są traktowani na SOR-ach?

Zastępca RPP Grzegorz Błażewicz:

Jeżeli chodzi o SOR, to są zgłoszenia zarówno od rodziców dzieci, od osób dorosłych, jak i zgłoszenia dotyczące seniorów. Sytuacja na SOR dotyczy wszystkich grup pacjentów. Staramy się optymalizować rozwiązania, zgłaszać na bieżąco sprawy, współpracować z MZ, aby te problemy eliminować. Ale nie da się tego zrobić w ciągu jednego dnia, miesiąca, czy roku, wykracza to poza taki krótki horyzont.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję. To było ostatnie pytanie. Szanowni państwo, dziękuję panu rzecznikowi i cieszę się, że nawiązaliśmy, jak rozumiem, stałą współpracę; w tych trzech obszarach legislacyjnych też chcielibyśmy w miarę możliwości uczestniczyć. Dziękuję również panu za zwrócenie uwagi na kwestię, która wynika ze skarg pacjentów, czyli na zmniejszającą się kadrę medyczną, co wpływa na jakość świadczonych usług. Myślę, że to jest obszar, którym powinna się zająć nasza Komisja, bo wiemy, jak wyglądają statystyki dotyczące chociażby pielęgniarek i lekarzy. W starzejącym się społeczeństwie trzeba już dzisiaj alarmować i zwracać uwagę na ten bardzo istotny problem. Jest on też powiązany ze środkami finansowymi, które są przeznaczane na opiekę medyczną w naszym kraju.

Przyjmujemy tę informację. Stwierdzam, że Komisja zapoznała się z informacją rzecznika praw pacjenta. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny. Zamykam dyskusję oraz posiedzenie Komisji. Dziękuję państwu.